

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**WARLEY CRISTIANO DE SOUZA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE O RISCO CARDIOVASCULAR  
AUMENTADO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA RENASCER, EM TIROS-MG**

**CONFINS – MG**

**2014**

**WARLEY CRISTIANO DE SOUZA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE O RISCO CARDIOVASCULAR  
AUMENTADO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA RENASCER, EM TIROS-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**CONFINS – MG**

**2014**

**WARLEY CRISTIANO DE SOUZA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE O RISCO CARDIOVASCULAR  
AUMENTADO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA RENASCER, EM TIROS-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - Orientadora

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 07/06/2014.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por mais essa vitória, pois a ele dedico tudo que tenho e sou. A Ele seja a honra, glória e louvor.

Aos meus pais, pelo carinho e incentivo constantes.

À minha esposa Jéssica, pelo companheirismo, cumplicidade, compreensão e apoio em todos os momentos que precisei.

Aos colegas de equipe do PSF Renascer em Tiros-MG, onde trabalhei por 2 anos e muito aprendi.

## RESUMO

No Brasil, a principal causa de óbitos é representada pelo conjunto das doenças do aparelho circulatório, com três vezes mais mortes do que a segunda causa de óbitos. Além disso, essas doenças são responsáveis por 10% do total de internações, primeiro lugar em gastos com saúde e primeira causa de aposentadorias por doença ou invalidez. Identificamos na área de abrangência da equipe renascer no município de Tiros-Minas Gerais um grande número de pacientes com risco cardiovascular aumentado, decorrente de suas comorbidades crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Dislipidemia; muitas vezes associadas à obesidade, tabagismo e sedentarismo. Entretanto, a assistência a esses doentes ocorre de forma desorganizada e sem planejamento adequado voltado para as reais necessidades de saúde desse grupo. Assim, este estudo objetivou elaborar uma proposta de intervenção para prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares, utilizando o grupo operativo HIPERDIA como ferramenta central do projeto. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados do SciELO e manuais do Ministério da Saúde sobre o tema. Os descritores utilizados para busca foram: hipertensão, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, planejamento de assistência ao paciente. Para a ocorrência de mudanças no processo de trabalho da equipe, propomos ações para um bom manejo das condições crônicas, que se mal controladas gerarão novos sintomas e complicações com o passar do tempo, agravando o quadro clínico do paciente e produzindo agudizações que sobrecarregarão os sistemas de saúde.

**Palavras-chave:** Doenças cardiovasculares. Hipertensão. Diabetes *Mellitus*. Planejamento de Assistência ao Paciente.

## ABSTRACT

In Brazil, the main cause of death is represented by a set of circulatory diseases, with three times more deaths than the second cause of death. Moreover, these diseases are responsible for 10% of total admission, first position in spending on health and retirement benefits for one cause of illness or disability. Was identified in the area covered by the Renascer Team in municipality TIROS-MG a large number of patients with increased cardiovascular risk, due to their chronic comorbidities such as Systemic Arterial Hypertension (SAH), Diabetes Mellitus (DM) and dyslipidemia; often associated with obesity, smoking and physical inactivity. However, assistance to these patients occurs haphazardly and without proper planning facing the real health needs of this group. Thus, this study aimed to develop a proposal for intervention for prevention and treatment of cardiovascular diseases, using HIPERDIA operative group as a central tool of the project. Was made a bibliography research on database SciELO and manuals the Ministry of Health. The keywords used to search were: hypertension, diabetes mellitus, cardiovascular diseases, planning patient care. For the occurrence of changes in the work process team, we propose actions for a good management of chronic conditions, that if poorly controlled over time, will generate new symptoms and complications, worsening the patient's condition and producing exacerbations that overwhelm health systems.

**Keywords:** Cardiovascular Diseases. Hypertension. Diabetes *Mellitus*. Planning Patient Care

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Objetivo geral .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>16</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>17</b>
<b>5 BASES CONCEITUAIS .....</b>	<b>18</b>
<b>5.1 Contexto das doenças cardiovasculares.....</b>	<b>18</b>
<b>5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica .....</b>	<b>21</b>
<b>5.3 Tratamento não farmacológico.....</b>	<b>24</b>
<b>5.4 Tratamento farmacológico .....</b>	<b>25</b>
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>6.1 Descrição do problema prioritário: .....</b>	<b>27</b>
<b>6.2 Identificação dos nós críticos.....</b>	<b>28</b>
<b>6.3 Identificação dos recursos críticos .....</b>	<b>30</b>
<b>6.4 Plano de ação.....</b>	<b>31</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Renascer está localizada no município de Tiros, uma cidade de 6906 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) situada no Alto Paranaíba, interior de Minas Gerais. O município possui um enorme território se comparado a outros municípios vizinhos e uma baixa densidade habitacional de 3,25 habitantes/Km<sup>2</sup> (SAGE, 2013). No total, conta com 2506 domicílios e 2117 famílias. Possui concentração populacional na área urbana (69,72%), maioria branca (85,85%), não há população indígena no município, sendo que o sexo predominante é masculino, tendo maior representação na faixa etária de 40-49 anos.

Temos 1146 habitantes acima de 60 anos, representando 18,79% da população. Isso significa um alto índice de pessoas idosas e nos faz refletir sobre a necessidade de políticas públicas voltadas para a saúde do idoso (SARGSUS, 2012). Geograficamente foi planejada desde sua fundação há 90 anos, oferecendo acesso por asfalto (ou calçamento), água tratada, rede de esgoto (com estação de tratamento local) e coleta de lixo para a maioria absoluta dos domicílios urbanos. O índice de desemprego é baixo, apesar de muitos serem com vínculos informais. A maior parte da população é empregada no setor rural ou de serviços.

O setor da saúde na cidade carece de um bom planejamento há anos. Isso tem gerado déficits históricos acumulados, sobretudo uma equivocada forma de pensar da população, dos gestores e dos prefeitos acerca da forma de prestar uma boa assistência. Atualmente, Tiros conta com duas equipes ESF completas (médico, enfermeira, técnico de enfermagem, odontólogo, técnico de saúde bucal, agentes comunitários de saúde), com taxa de cobertura de 98,5% da população (SAGE, 2013). Uma terceira equipe está em processo de credenciamento. O Núcleo odontológico se localiza em um prédio distinto da Unidade Básica de Saúde (UBS). A cidade possui ainda um ginecologista de apoio com ambulatório semanal, um nutricionista com atendimento semanal e um psicólogo de apoio diariamente.



A equipe Renascer da qual faço parte é responsável pela cobertura de 11 microáreas, sendo três na área urbana e oito na zona rural do município. Como foi dito, a grande área territorial é um dificultador para prestar assistência, pois existem microáreas localizadas até 70 km do centro administrativo, com estradas em péssima conservação e condição de rodagem.

Ressalta-se que não possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), devido ao porte do município. Não possui Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), também devido ao tamanho do município, apesar da significativa prevalência de doenças mentais.

No que diz respeito à integralidade não existe um sistema de referenciamento eficiente, com considerável dificuldade para encaminhamentos a centros de especialidades. O município possui uma unidade mista (“hospital”) para pronto-atendimento e internações de baixa complexidade, estando interligado a outros hospitais de Minas Gerais por meio da rede SUSFÁCIL para urgência. Para o atendimento secundário, o município participa do consórcio intermunicipal de saúde do Alto Paranaíba (CISALP) localizado na cidade vizinha de Lagoa Formosa, onde são realizadas consultas ambulatoriais com especialistas, bem como exames propedêuticos como ultrassonografia e Endoscopia Digestiva Alta. Na atenção terciária, para exames de Alto Custo como Ressonância Magnética e cirurgias eletivas, os pacientes são encaminhados de acordo com definição da Gerência Regional de Saúde - Patos de Minas.

Retornando a nossa equipe Renascer, foi elaborado o diagnóstico situacional, atividade do Módulo de Planejamento e Avaliação de Ações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), de onde se concluiu que os principais problemas encontrados são (em ordem de prioridade):

- Grande número de pacientes com risco cardiovascular elevado, portadores de doenças crônicas, frequentemente descontroladas. Dentre estes, hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos. Até pouco tempo não havia uma agenda específica de atendimento para esses pacientes. Há seis meses foi criado o

grupo operativo HIPERDIA com esse objetivo, que ainda funciona de forma incipiente.

- A maior parte da agenda de trabalho é focada na demanda espontânea. Nossa demanda não está bem organizada e dividida entre as condições crônicas e agudas conforme suas respectivas incidências e prevalências (FARIA *et al.*, 2010). As demandas programadas atualmente são apenas: visitas domiciliares, pré-natal e hiperdia. Para a enfermeira ainda há o “preventivo” e a puericultura.
- Não é realizado acolhimento ou consulta de enfermagem para definição dos casos prioritários para agendamento de consulta. O único critério para acesso é o usuário chegar cedo e ser um dos primeiros da fila que é formada durante a madrugada todos os dias. Por ordem de chegada são marcadas as consultas para o dia, 25 consultas/dia para cada médico. Isso frequentemente gera insatisfação aos usuários que não conseguem atendimento. (Há exceção no grupo HIPERDIA, Atendimento a Gestantes e Visitas domiciliares, em que os atendimentos são realizados mediante agendamento prévio baseado nas informações das agentes de saúde).
- Dificuldade dos pacientes em compreender a importância da prevenção, e do tratamento contínuo, ao invés de apenas tratar exacerbações das condições crônicas (MENDES, 2012).
- Ausência de grupos de atividade física ou esportiva como grupos de caminhadas.
- Grande quantidade de fumantes na área de abrangência, muitos desses com interesse real em interromper o hábito. Infelizmente o município ainda não conta com suporte medicamentoso e nem grupo operativo específico.
- Desorganização das visitas domiciliares, que são feitas conforme a necessidade/solicitação dos pacientes acamados/imobilizados da área de abrangência mediante os ACS. Não há um agendamento ou programação de longo prazo para o acompanhamento contínuo dos mesmos.
- Inexperiência e despreparo da atual equipe de gestão.

- A unidade funciona no horário padrão diurno (07 às 17h). Entretanto, por se tratar de cidade do interior, não contempla grande parte da população trabalhadora da área rural, que acorda cedo e só retorna do trabalho após o horário de fechamento da UBS.
- As duas equipes da cidade funcionam no mesmo espaço físico, a Unidade Básica de Saúde Dr. Hélio Martins. Apesar de possuir infraestrutura adequada para os atendimentos, este fato contribui para a dificuldade de fidelização correta da clientela de cada equipe.
- Apesar de ter duas equipes e áreas bem definidas para atuação, no que diz respeito ao atendimento médico (consultas) não há definição clara ou restrição sobre a população que será atendida. Na prática há uma área definida para a atuação dos ACS, para as enfermeiras e técnicas (curativos, coleta de exames, cuidados paliativos), para o grupo Hiperdia implantado e para as visitas domiciliares, mas referente às consultas os dois médicos atendem pacientes de todo o município, não havendo separação clara. Nesse sentido há dificuldade de acompanhamento longitudinal (SHIMAZAKI, 2009) de um determinado paciente por um único médico.
- No acompanhamento dos pacientes, historicamente a longitudinalidade é prejudicada pela alta rotatividade de profissionais (sobretudo os médicos) e as trocas de funcionários (como os ACS) motivadas pela política local ou questões pessoais.
- Há uma cultura hospitalocêntrica (FARIA *et al.*, 2010) entre a população de que “o hospital é muito melhor que o posto de saúde, porque nele interna, faz medicação venosa, faz exames”, que muitas vezes busca atendimento de rotina ambulatorial neste serviço ao invés de procurar a UBS para um correto acompanhamento longitudinal.
- Dificuldade para encaminhamento de pacientes à atenção secundária. Dificuldade de acesso aos centros de apoio diagnóstico, bem como dificuldade de acesso a consultas com especialistas. A oferta para o município é inferior à demanda.

- Grande área territorial é um dificultador para prestar assistência rural, pois existem microáreas localizadas até 70 km do centro, com estradas em péssimo estado de conservação.
- Ausência de uma comunicação eficaz entre a ESF e a atenção secundária, com prejuízo na contrarreferência dos pacientes encaminhados para avaliação fora do município, dificultando o acompanhamento posterior na unidade. Ausência de prontuário eletrônico integrado. A coordenação do cuidado (SHIMAZAKI, 2009) é um grande desafio, pois frequentemente os pacientes encaminhados a centros fora da cidade retornam sem relatório de contrarreferência do profissional que o avaliou para acompanhamento do mesmo no município. As informações são prestadas verbalmente pelo próprio paciente, quando é possível. Não é possível ter acesso ao prontuário de outros serviços da rede fora do município. Isso prejudica a continuidade do cuidado.
- A cidade vivem muitos aspectos do sistema de atenção fragmentada (MINAS GERAIS, 2011), apoiada por significativa parcela da população que entendem ser o melhor modelo (“sou atendido sempre que passo mal”, “não preciso de consulta se não estou sentindo nada”) bem como pelos gestores que se preocupam, sobretudo, com a quantidade de consultas atendidas pelos médicos (e pouco com a qualidade) ou com o atendimento de todos os que estejam passando mal (FARIA *et al.*, 2010). Não conseguem compreender a simples lógica “prevenir é melhor que remediar”, preocupando-se apenas com o hoje e agora.
- Infelizmente, nosso cuidado não tem sido centralizado na família (SHIMAZAKI, 2009). A começar do prontuário, que é organizado individualmente e não em pasta por grupo familiar, muitas vezes dificultando a consulta de informações por parte dos profissionais da equipe. Se porventura houver a necessidade de rastrear uma determinada doença numa família a partir de um caso índice, ao invés de simplesmente pegar a pasta com todos os membros da família, deverá ser feita uma consulta ao cadastro das famílias realizado pelos ACS e a busca de todos os prontuários individualizados.

A partir dessa contextualização, voltamos a reafirmar o problema mais relevante na área de abrangência da equipe - ou seja, os pacientes com risco cardiovascular elevado, portadores de doenças crônicas, frequentemente descontroladas - alvo do projeto de intervenção que será descrito, explicado e serão apresentados o desenho das operações e a análise dos recursos críticos e sua viabilidade.

## 2 JUSTIFICATIVA

As doenças do aparelho circulatório representam causa significativa de morbidade e mortalidade, atingindo índices assustadores no contexto atual. Isso decorre em muito do estilo de vida não saudável da população, devido ao sedentarismo, alimentação inadequada e ao consumismo.

Identificamos na área de abrangência da equipe Renascer no município de Tiros-MG um grande número de pacientes com risco cardiovascular aumentado, decorrente de suas comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e dislipidemia, muitas vezes associadas à obesidade, tabagismo e sedentarismo. No Pronto-Atendimento da cidade frequentemente são atendidos vários desses pacientes descontrolados clinicamente. Aliado a este fato, há a ausência de uma agenda programada de atendimentos para esses pacientes na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Conforme demonstra o Quadro 1, atualmente a equipe renascer é responsável pela cobertura de 44,1% do total da população de Tiros, esta correspondente a 3051 pessoas. Destes, em abril/13, havia 54 diabéticos e 459 hipertensos, o que juntos correspondem a quase 20% da população atendida pela equipe.

**Quadro 1:** Cobertura da equipe Renascer em relação à cidade de Tiros

	<b>TOTAL em TIROS-MG</b>	<b>EQUIPE RENASCER</b>	<b>% RELATIVO da Cidade</b>
<b>POPULAÇÃO</b>	6906	3051	44,1%
<b>FAMÍLIAS</b>	2117	1175	55,5%

Fonte: Cadastro das Agentes comunitárias de Tiros em Abril/2013

O número de hipertensos e diabéticos vinculados à equipe Renascer, comparado ao total na cidade (realizamos uma média dos últimos dados lançados no SIAB, ainda de 2012), representa aproximadamente a metade e se encontra no Quadro 2.

**Quadro 2:** Hipertensos e diabéticos na cidade de Tiros e na equipe Renascer – Estimados e cadastrados

	DIABÉTICOS			HIPERTENSOS		
	Set/12	Dez/12	Média	Set/12	Dez/12	Média
<b>CADASTRADOS</b>	133	92	<b>112</b>	872	621	<b>746</b>
<b>ACOMPANHADOS</b>	126	88	107	837	516	676
<b>Cadastrados EQUIPE RENASCER (Abril/13)</b>	<b>54 (48%)</b>			<b>459 (60%)</b>		

Fonte: SIAB (2012)

O risco cardiovascular aumentado na área da equipe foi escolhido como o problema mais prioritário devido à importância de um bom manejo das condições crônicas, que se mal controladas gerarão novos sintomas e complicações com o passar do tempo, agravando o quadro clínico do paciente (MENDES, 2012) e produzindo agudizações que sobrecarregam os sistemas de saúde.

Além disso, entendemos que esse problema está perfeitamente dentro da nossa capacidade de enfrentamento (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010), uma vez que depende, primordialmente, de uma mudança do processo de trabalho da equipe (FARIA *et al.*, 2009) e da mudança do estilo de vida dos pacientes. Tratar uma doença crônica de forma apropriada é muito mais do que apenas tomar medicamentos, requer mudança dos hábitos diários e adesão às práticas mais saudáveis, como seguir corretamente orientações não farmacológicas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar uma proposta de intervenção para prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares, utilizando o grupo operativo HIPERDIA como ferramenta central do projeto.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Criar um espaço para convívio entre os participantes, promovendo o conceito biopsicossocial de saúde;

Conscientizar a população sobre a importância das medidas não farmacológicas (alimentação balanceada e prática de atividades físicas regulares) para o controle das doenças cardiovasculares, bem como sua prevenção;

Capacitar os participantes a tornarem-se agentes da sua própria saúde e multiplicadores em promoção da saúde;

Reduzir o índice de sedentarismo na população do município;

Reorganizar nossa agenda de atendimentos, ampliando nosso atendimento em demanda Programada com implantação do acolhimento na UBS e triagem de Manchester;

Melhorar o cadastramento e acompanhamento dos pacientes alvos fora da UBS;

Encaminhar os indivíduos hipertensos e diabéticos de difícil controle ou com complicações importantes ao HIPERDIA regional na GRS Patos de Minas.



## 4 METODOLOGIA

O primeiro passo de todo o processo de construção do Projeto de Intervenção foi a realização de um diagnóstico situacional, através de bancos de dados, informações da própria equipe e observação ativa da área de abrangência, bem como do funcionamento da UBS.

Como suporte para as mudanças, fez-se revisão bibliográfica narrativa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), bem como em Manuais do Ministério da Saúde, utilizando os descritores: hipertensão, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, planejamento de assistência ao paciente.

## 5 BASES CONCEITUAIS

### 5.1 Contexto das doenças cardiovasculares

Nas últimas décadas do século XX, transformações políticas, econômicas e sociais no mundo e no Brasil contribuíram para um processo de mudança demográfica e epidemiológica que tiveram como principais consequências o aumento da expectativa de vida da população, modificações nos estilos de vida e nos hábitos alimentares. Houve mudança do padrão de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em idades jovens para elevada mortalidade em idades mais avançadas, provocadas por causas externas ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). (COSTA *et al.*, 2011)

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que as DCNT são responsáveis por cerca de 60% do total de mortes no mundo e 46% do total de doenças que atinge a população mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Segundo estudos recentes realizados no Brasil, a principal causa de óbitos (cerca de 30% do total) é representada pelo conjunto das doenças do aparelho circulatório. Figuram entre as principais causas o acidente vascular cerebral (AVC) (doença aterotrombótica ou hemorrágica vascular cerebral) e as diversas formas clínicas da doença isquêmica do coração ou aterotrombótica coronariana (infarto do miocárdio, angina de peito, cardiomiopatia isquêmica); estas doenças matam, aproximadamente, três vezes mais do que a segunda causa de óbitos (SERRANO JR; TIMERMAN; STEFANINI, 2009).

Não obstante, as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 10% do total de internações, só são suplantadas pelas doenças do aparelho respiratório (sem considerar as internações causadas por gravidez, parto e puerpério). Com relação aos gastos com internações, ocupam o primeiro lugar e aparecem como a primeira causa de aposentadorias por doença ou invalidez (1/3 do total). Por fim, de acordo com o indicador Anos de vida perdidos, ajustados por idade – AVAI (proveniente da sigla inglesa DALY – disability adjusted life years), o acidente vascular cerebral e a doença cardíaca isquêmica constituem as principais causas de AVAI no Brasil (9,6% do total). O diabetes mellitus, é a segunda causa com 5,0% do

total (BRAUNWALD; ZIPES, 2006). Dessa forma, DCNT como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus assumem posição importante dentre os problemas de saúde pública, pois apresentam alta prevalência, curso clínico insidioso e frequentemente assintomático, múltiplos fatores de risco (modificáveis e não modificáveis), difícil controle e possibilidade de evoluir com complicações graves, principalmente as cardiovasculares.

Desde os anos 60, após os resultados iniciais do estudo de Framingham, passou-se a dar valor crescente aos denominados fatores de risco para as doenças cardiovasculares: tabagismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade, sedentarismo. Estes passaram a ser conhecidos como "fatores de risco clássicos" e a compor o cotidiano dos cidadãos, instados a desenvolver esforços para, individualmente, os controlar através do uso de um arsenal crescente de medicamentos (ASSMANN; PAUL; HELMUT, 2002).

De outro lado, no mundo contemporâneo, o exercício físico representa um grande desafio para a sociedade. Inseridos na cultura do sedentarismo, consumismo desenfreado e da escassez de tempo para se dedicarem à própria saúde, os indivíduos realizam cada vez menos hábitos de vida saudáveis tais como atividade física regular e alimentação balanceada. Isso contribui para que a morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares atinjam índices cada vez maiores.

Muniz *et al.* (2012) realizaram um estudo transversal de base populacional com adultos de ambos os sexos na cidade de Pelotas-RS, em 2010, para investigar fatores de risco comportamentais como: tabagismo; inatividade física no lazer; consumo habitual de gordura animal (consumo diário de embutidos, carne vermelha com gordura aparente e leite integral). Nesse estudo, a inatividade física foi o fator de risco mais prevalente (75,6%), muitas vezes combinada a outros fatores (66%). Concluíram que são necessárias intervenções públicas capazes de prevenir a ocorrência simultânea desses fatores.

Muito é falado sobre ações de promoção e prevenção em saúde, mas pouco é praticado. Cada vez mais se utiliza de tecnologias de alto custo que muitas vezes não foram testadas cientificamente ou não tiveram sua eficácia e eficiência avaliadas

adequadamente. Se os esforços maiores e investimentos econômicos continuarem a ser priorizados para o uso de técnicas cada vez mais caras, com nenhum ou mínimo benefício ou, por vezes, trazendo malefícios aos pacientes, ocorrerá cada vez mais a tentativa de tratar novos e antigos doentes, sem melhorar a saúde da nossa população.

A melhoria das condições de vida, de trabalho e do meio ambiente levará a uma redução das taxas de mortalidade por qualquer dos principais problemas de saúde do país, principalmente das doenças cardiovasculares. O uso da medicalização indiscriminada sem adequada abordagem dos fatores de risco e o uso cada vez maior da tecnologia retira a dimensão humana e ética da medicina e a reduz a uma técnica limitada em seus resultados e benefícios. Mais ainda, reparte o ser humano em órgãos ou peças separadas de uma máquina, que na verdade funciona em uma perfeita harmonia, com interação contínua e mútua entre todos os sistemas.

Lima *et al.* (2009) constatam que, a despeito da importância da Estratégia Saúde da Família para a implementação do cuidado integral às doenças crônicas, muitas vezes a ESF não apresenta um papel positivamente diferenciado neste sentido, com baixa adesão às diretrizes clínicas acerca de orientações relativas ao estilo de vida.

Em relação às DCNT, há absoluto consenso em relação à importância do seu tratamento farmacológico e não farmacológico para a redução da morbimortalidade das doenças cardiovasculares, com grande concordância sobre práticas de prevenção, diagnóstico e tratamento. Dentre as recomendações, o desenvolvimento de ações de prevenção e de promoção de estilos de vida mais saudáveis como estratégias para evitar o surgimento da doença, bem como a sua detecção precoce, reduzindo riscos, complicações, e incapacidades (LIMA *et al.*, 2009).

A adesão a hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis propicia resultados melhores no cuidado, sendo em alguns casos, a única terapêutica recomendada (como exemplo na hipertensão estágio 1 sem lesão de órgãos-alvos ou fatores de risco). Em contrapartida, em outros casos, mesmo com uso de medicamentos, a baixa adesão dos pacientes a essas medidas não farmacológicas constitui-se em importante dificuldade para controlar a gravidade da doença (LIMA *et al.*, 2009).

Portanto, orientações acerca de estilos de vida saudáveis deve ser a meta das políticas públicas de saúde e não o obsessivo controle individualizado dos fatores de risco com o foco na medicalização. Isto não significa que não se deve tratar os fatores de risco clássicos, mas sim ter a consciência que esta abordagem, é limitada e de alto custo e que a minoria dos pacientes terá benefícios plenos. As verdadeiras medidas de promoção e prevenção da saúde devem ser a meta de todo profissional de saúde, principalmente do médico que ainda assim, continua sendo um importante formador de opinião na nossa sociedade. Assim, espera-se contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população, atuando na prevenção e promoção da saúde. Entende-se que essa é a forma mais eficaz para reduzir a morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares. Desta maneira, a população adoecerá menos, e isso impactará diretamente no consumo de recursos para as redes de atenção secundária e terciária. Isso permitirá investimentos cada vez maiores para o que realmente se define como saúde coletiva, passando pelas questões ambientais, educação, cultura e lazer da população.

## **5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica**

Hipertensão Arterial (HAS) é definida como pressão arterial (PA) sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos sem uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006).

Os dados do quadro 3 explicitam a classificação da pressão arterial e seu respectivo estágio.

**Quadro 3 – Classificação da HAS conforme níveis pressóricos**

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
<b>Hipertensão</b>		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	≥160	≥100

– O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo.

– Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

Fonte: (BRASIL, 2006)

No Brasil sua prevalência na população adulta varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da localidade estudada. (BRASIL, 2006)

No diagnóstico da HAS, além dos níveis pressóricos alterados em pelo menos duas aferições deve-se considerar o risco cardiovascular global, que pode ser estimado pela presença dos fatores de risco, presença de lesões nos órgãos-alvo e de comorbidades associadas. A classificação de risco de cada indivíduo deve ser avaliada conforme o escore de Framingham (considera a idade, níveis pressóricos, níveis de LDL e HDL, presença ou não de diabetes e tabagismo) e a presença de lesão em órgãos-alvos (Quadro 4). (BRASIL, 2006)

**Quadro 4 – Classificação de Risco Cardiovascular de acordo com Escore de Framingham e presença de lesão de órgãos-alvo**

Escore de Framingham	
Categoria	Evento cardiovascular maior (ECV)
Baixo	<10%/ 10 anos
Moderado	10 a 20%/ 10 anos
Alto	>20%/ 10 anos
Lesões em órgãos-alvo e doenças cardiovasculares	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doenças cardíacas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hipertrofia do ventrículo esquerdo.</li> <li>– Angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio</li> <li>– Revascularização percutânea ou cirúrgica miocárdica prévia.</li> <li>– Insuficiência cardíaca.</li> </ul> </li> <li>• Episódio isquêmico ou acidente vascular cerebral.</li> <li>• Nefropatia</li> <li>• Doença arterial periférica.</li> <li>• Retinopatia hipertensiva.</li> </ul>	

Fonte: (BRASIL, 2006)

A conduta terapêutica em cada caso deve ser orientada conforme a avaliação do risco cardiovascular e os níveis pressóricos. (BRASIL, 2006), conforme destaca o Quadro 5.

## Quadro 5 – Conduas Terapêuticas

	Risco BAIXO	Risco MODERADO	Risco ALTO
	Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (<10%/10 anos) e ausência de lesão em órgãos-alvo	Presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado (10-20%/10 anos), mas com ausência de lesão em órgãos-alvo	Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (>20%/ano)
PA normal (<120/80)	Reavaliar em 2 anos. Medidas de prevenção (ver Manual de Prevenção).		
Pré-hipertensão (120-139/80-89)	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida
Estágio 1 (140-159/90-99)	Mudança de estilo de vida (reavaliar em até 12 meses)	Mudança de estilo de vida ** (reavaliar em até 6 meses)	Tratamento Medicamentoso
Estágios 2 ( $\geq 160 / \geq 100$ )	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso

\* Tratamento Medicamentoso se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabetes.

\*\* Tratamento Medicamentoso se múltiplos fatores de risco.

Fonte: (BRASIL, 2006)

A seguir, apresentaremos uma síntese das condutas terapêuticas a serem instituídas conforme sinais e sintomas de cada paciente, em específico.

### 5.3 Tratamento não farmacológico

As principais estratégias para o tratamento não farmacológico da HAS são:

#### 5.3.1 Controle de peso

A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para Mulheres. A partir de perdas corporais de 5% a 10% do peso inicial já se pode observar redução da pressão arterial. (BRASIL, 2006)

#### 5.3.2 Hábitos alimentares saudáveis

Recomenda-se dieta com conteúdo reduzido de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), e com quantidade reduzida de gorduras saturadas de origem animal (BRASIL, 2006).



### **5.3.3 Redução do consumo de bebidas alcoólicas**

É aconselhável limitar a ingestão de bebida alcoólica a menos de 30 ml/dia de etanol para homens (no máximo uma garrafa de cerveja ou uma taça de vinho ou 60mL de bebida destilada) e a metade dessa quantidade para mulheres (BRASIL, 2006).

### **5.3.4 Abandono do tabagismo e Prática de atividade física regular**

A atividade física regular diminui a pressão arterial e pode reduzir significativamente o risco cardiovascular geral, além de contribuir para o controle do peso. Deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, pelo menos cinco vezes na semana (150minutos/semana) (BRASIL, 2006).

## **5.4 Tratamento farmacológico**

Nos casos indicados (Quadro 5), deve-se associar medidas farmacológicas às medidas não farmacológicas, com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais. O objetivo é reduzir os níveis pressóricos para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica. Em situações específicas, como em pacientes de alto risco cardiovascular (principalmente com microalbuminúria, insuficiência cardíaca, com comprometimento renal e na prevenção secundária de acidente vascular cerebral) é recomendado manter níveis inferiores a 130/85 mmHg. Nos pacientes diabéticos a meta do tratamento é manter pressão inferior a 130/80 mmHg (BRASIL, 2006).

Usados de forma isolada ou combinada conforme o caso, as principais classes de fármacos usados na prática clínica são:

- Diuréticos (ex.: hidroclorotiazida, indapamida, furosemida).
- Inibidores adrenérgicos (ex.: propranolol, atenolol).
- Vasodilatadores diretos (ex.: hidralazina)
- Antagonistas do sistema renina-angiotensina (ex.: captopril, enalapril, losartana).
- Bloqueadores dos canais de cálcio (ex.: nifedipina, anlodipina).

Destaca-se uma vez mais que o sucesso de todo tratamento e acompanhamento do paciente com hipertensão é o cuidar individualizado, pautada nas necessidades de cada pessoa, no seu quadro clínico e nas suas condições físicas, emocionais, sociais e espirituais.

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

**6.1 Descrição do problema prioritário:** Grande número de pacientes com risco cardiovascular elevado, portadores de doenças crônicas, frequentemente descontroladas, e com acompanhamento inadequado pela UBS.

Identificamos em nossa área um grande número de pacientes portadores de significativo risco cardiovascular decorrente de suas condições: doenças crônicas prevalentes como Hipertensão, Diabetes e dislipidemia, frequentemente descontroladas e associadas ao sedentarismo, obesidade e tabagismo. Identificamos que os principais motivos para a ocorrência deste fato são o uso incorreto das medicações e a não adesão ao tratamento não farmacológica (dieta + atividade física).

Até o início de 2013, não havia uma agenda específica voltada para atenção e atendimento a esses pacientes, quando foi criado o grupo operativo HIPERDIA com esse objetivo, que ainda funciona de forma incipiente, apresentando muitas dificuldades como:

- Baixa adesão dos pacientes ao grupo, pois estão acostumados a apenas “renovar a receita” via recepção da UBS. Muitos se mostram resistentes a participar, acham que é perda de tempo, que o grupo é demorado.
- Dificuldade dos pacientes em compreender a importância da prevenção, dos hábitos de vida saudáveis, ao invés de apenas tratar exacerbações de condições crônicas.
- Pouca dedicação das ACS no acompanhamento, monitoramento e captação desses pacientes mais descontrolados ou com avaliação periódica atrasada.
- Ausência de acolhimento na rotina da UBS, com seleção dos casos mais importantes para agendamento prioritário.
- Apesar de o grupo operativo ser de livre participação, temos limitações no número de consultas médicas ofertadas após o grupo.

- Ausência de um protocolo de acompanhamento a ser seguido.

Nosso HIPERDIA recebe semanalmente hipertensos e diabéticos para orientações não farmacológicas referentes ao tratamento dessas patologias e suas complicações. Contudo, não há um acompanhamento periódico regular de cada paciente-alvo, seja por uma oferta inadequada, seja por resistência por parte do paciente ou desorganização do processo/fluxo. Este fato decorre essencialmente da forma como está organizado o nosso processo e agenda de trabalho, com um descompasso entre as necessidades dos usuários e a oferta de serviços, pois enquanto 70% dos nossos usuários tendem a ser de condições crônicas, destinamos 70% da nossa agenda para atendimentos espontâneos, de condições presumidamente agudas.

Observamos, ainda, que 50 a 70% dos pacientes que comparecem diariamente para “pegar uma ficha de atendimento médico”, teoricamente de demanda espontânea, são na verdade pacientes portadores de condições crônicas. Isso se deve ao fato de que, apesar de termos um grande número de pacientes crônicos conhecidos e cadastrados, não temos horários programados suficientes para suprir essas demandas específicas e nem uma política de agendamento baseada num bom acolhimento. Muitos pacientes acreditam no tratamento baseado apenas no medicamento, daí a resistência às orientações de mudança de hábitos de vida e a baixa adesão de alguns, que acham que basta “renovar” a receita para resolver sua necessidade.

## **6.2 Identificação dos nós críticos**

- Agenda programada deficitária. Ausência de agendamentos e melhor definição da agenda para o grupo alvo.
- Desorganização no processo de trabalho da equipe.
- Baixa participação dos pacientes convidados para o grupo.
- Baixa adesão dos pacientes às orientações ministradas.

- Ausência de um protocolo de acompanhamento e plano de cuidados a ser seguido.

Passamos a seguir à apresentação do desenho das operações a partir dos nós críticos delineados, conforme Quadro 6.

**Quadro 6** - Desenho das operações

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
Agenda programada deficitária (ausência de agendamentos suficientes)	Aumentar os horários reservados à demanda programada na unidade	Passar a ter pelo menos 50% da agenda da ESF voltada a atendimentos agendados, sobretudo de pacientes crônicos.	Agendamento para diabéticos, hipertensos, dislipidêmicos e outras doenças crônicas prevalentes na nossa área.	<i>Organizacional</i> → para organizar a agenda <i>Cognitivo</i> → definir os grupos prioritários <i>Político</i> → para enfrentar a resistência de parte da população, apoio do gestor às decisões tomadas pela equipe.
Desorganização no processo de trabalho da equipe	Melhorar o processo de capacitação e monitoramento dos pacientes alvos.	Maior organização no gerenciamento do funcionamento do grupo	ACS mais comprometidas; cumprimento de metas, horários, cronogramas de atendimentos	<i>Organizacional</i> → para organizar os processos <i>Cognitivo</i> → definir as formas, métodos e critérios. <i>Políticos</i> → para cobrança de resultados de cada um da equipe
Baixa participação dos pacientes	Aumentar a frequência no grupo	Maior número de participantes no grupo dentre os convidados	Conhecer os pacientes para propor uma nova pedagogia; Novas formas de atrair e fidelizar o público.	<i>Organizacional</i> → para organizar um novo funcionamento <i>Cognitivo</i> → pensar nova pedagogia

Baixa adesão às orientações	Aumentar o nível de informação dos pacientes.	Grupo-alvo mais informado, mudança de estado de consciência.	Pacientes realmente conscientes de seu papel no auto cuidado; Melhor compensação a partir da prática de medidas não farmacológicas primordiais.	<i>Cognitivo</i> → sensibilidade para compreender o paciente e buscar persistentemente maneiras de mudar o estado de consciência da população
Ausência de um protocolo de acompanhamento na unidade	Implantar um protocolo de acompanhamento, baseados em evidências.	Monitorar o tratamento de cada paciente. Marcação de retornos no tempo correto. Adequar fluxos de referência e contra-referencia	Protocolos implantados; Organização da assistência,	<i>Cognitivo</i> → levantar informações e elaborar o protocolo Organizacional → organizar o monitoramento e fluxos.

### 6.3 Identificação dos recursos críticos

Os principais recursos críticos (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) são:

**Político** → o apoio do gestor às decisões da equipe em relação à implantação de uma maior parcela de demanda programada ao invés de demanda espontânea, mesmo com a discordância de parte da população. Apoio à política de cobrança de resultados em relação às metas estabelecidas, principalmente em relação ao trabalho das ACS.

**Organizacional** → Desenvolver um novo método de funcionamento do grupo operativo que seja mais atrativo aos pacientes, mais educativo e efetivo. Elaborar uma nova pedagogia que mude o estado de consciência dos pacientes em relação ao seu papel e autocuidado (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Cognitivo → Elaborar um protocolo de atendimento e acompanhamento dos pacientes ao longo do tempo, contemplando aspectos como retornos periódicos de acordo com patologias e estratificação de riscos; estabelecimento de fluxo de referência e contrarreferência dos casos mais graves/descompensados.

O Quadro 7 apresenta a análise da viabilidade das operações.

**Quadro 7-** Análise da viabilidade

<b>Recursos</b>	<b>Ator controlador</b>	<b>Motivação</b>	<b>Ação</b>
<i>Político</i> → apoio à demanda programada; cobrança de resultados no trabalho.	Secretário de Saúde	Indiferente (com tendência contrária)	Convencer que a lógica de investir na demanda programada é inteligente.  Demonstrar que é preciso cobrar resultados para que eles apareçam
<i>Organizacional</i> → novo funcionamento do grupo; mudança do estado de consciência dos pacientes sobre os problemas.	Equipe da ESF Usuários	Favorável  Indiferente	Não é necessária  Convencê-los que cuidar da saúde é muito mais que tomar medicamentos
Cognitivo → Elaborar Protocolo de atendimento	Equipe da ESF	Favorável	Não é necessária

#### 6.4 Plano de ação

Para este projeto, definimos um prazo de três meses para levantamento de informações, planejamento, elaboração de protocolo e definição de estratégia de funcionamento do grupo operativo. O protocolo será realizado pelo médico e pela

enfermeira, enquanto a técnica de enfermagem e os ACS vão desenvolver ideias a cerca do funcionamento do grupo propriamente dito, baseado na opinião dos próprios pacientes.

Inicialmente criamos um grupo operativo para atingir nossos objetivos. Os pacientes alvos são os hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos em tratamento. Denominamos de grupo HIPERDIA. O mesmo acontece todas as terças-feiras no turno da tarde. Inicialmente há um momento de triagem do peso, altura, pressão arterial e glicemia (em alguns casos), realizado pela técnica de enfermagem, auxiliado pelas ACS nas anotações. Depois, exibimos uma ilustração em vídeo educativo e lúdico sobre o diabetes, com duração de 10 minutos. Após, os participantes são organizados em um círculo, quando realizamos uma roda de conversa informal durante 30 a 40 minutos, expondo pontos importantes sobre a origem, sintomas, consequências e o tratamento do diabetes, hipertensão e dislipidemias. Os participantes são estimulados a participar com opiniões, compartilhar experiências com a doença e tratamento, responder perguntas feitas pelo mediador e a tirar suas dúvidas caso haja. Após este momento, 12 pacientes previamente selecionados passam por consulta médica, onde o tratamento é individualizado, com prescrição medicamentosa, pedido de exames e encaminhamentos de acordo com cada caso. Atualmente os pacientes são agendados pelas agentes de saúde, conforme a necessidade dos mesmos, muitas vezes expressa como “necessidade de renovar receita”. Entretanto ainda precisamos estabelecer regras claras para o agendamento e a captação dos pacientes.

Outra necessidade é implantação do acolhimento na unidade básica de saúde, como forma de dar providência inicial às demandas dos usuários, incluindo para aqueles que procuram com o objetivo de realizar controle de suas comorbidades. Nesse caso, a enfermeira agendará consulta para o dia do grupo. Pretendemos elaborar um fluxo que organizará nosso processo de trabalho, a fim de que fique bem claro a todos o funcionamento. Dentro deste fluxo vamos estabelecer novas maneiras de atuação para as ACS, de maneira a cadastrar, conhecer e acompanhar melhor os pacientes fora da UBS. O conhecimento da nossa população alvo e sua quantificação é importante para organizarmos um processo de assistência longitudinal que contemple consultas periódicas de cada paciente, com o fim de



controle da doença. Pretendemos criar ferramentas para monitoramento de cada paciente e do momento ideal para seu retorno médico periódico, seja de 3/3 meses, 4/4 meses ou 6/6 meses, conforme cada caso. Nesta ferramenta os ACS serão responsáveis por cada paciente do grupo pertencente à sua área, marcando a consulta no momento correto conforme definido anteriormente. Nesta mesma lógica pretendemos adotar um protocolo médico de seguimento clínico desses pacientes, baseado em evidências científicas da literatura, orientações como exemplo do projeto diretrizes do Conselho Federal de Medicina.

Faremos do grupo um espaço aberto para a opinião dos pacientes e a partir disso buscar estratégias para vencer a resistência de uma parcela dos usuários que não querem frequentar. Pretendemos buscar identificar os principais motivos que fazem com que muitos dos que participam não praticam efetivamente o que foi aprendido. Pretendemos aumentar o percentual de consultas de demanda programada na nossa UBS. Até o momento temos apenas um turno semanal para o Hiperdia, mas avaliamos a possibilidade de ampliação com a evolução das mudanças.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do problema exposto, da revisão da literatura, pode-se dizer da necessidade de se fazer a reestruturação da agenda de trabalho da equipe de modo que contemple a prevalência de doenças cardiovasculares significativas no nosso território. Além disso, implantar um cuidado integrado e contínuo (SANTOS; OLIVEIRA, 2013), oferecendo mais do que consultas: mais orientações sobre mudanças de estilo de vida, atenção em grupos e acompanhamento adequado fora do ambiente da UBS.

É necessário trabalhar com o agendamento de consultas, para que o usuário venha à unidade periodicamente para avaliação, orientações, exames de controle e prescrição a ser seguida até o próximo retorno, segundo um cronograma individualizado a ser cumprido. Se assim funcionar, este usuário não necessitará buscar atendimento de demanda espontânea para esta finalidade, muito menos o pronto-atendimento, pois já estará devidamente acompanhado e controlado.

Em resumo, nossas próximas ações a desenvolver e acompanhar serão:

- Implantar o acolhimento realizado por enfermeiro na rotina da UBS e estabelecer regras claras para a captação e agendamento dos pacientes;
- Estabelecer um protocolo de acompanhamento periódico de cada indivíduo (3/3 meses, 4/4 ou 6/6 meses conforme o caso);
- Aperfeiçoar a forma de atuação das ACS, de maneira a cadastrar, conhecer e acompanhar melhor os pacientes fora da UBS. Assim, elas serão responsáveis por cada paciente do grupo pertencente à sua microárea, marcando e convidando-os para a consulta de retorno no momento correto conforme definido anteriormente;
- Adoção de um protocolo clínico de manejo baseado em evidências científicas como referência para o trabalho da equipe;
- Realizar reuniões periódicas da equipe para refletir sobre o funcionamento do grupo e propor soluções às diversas dificuldades encontradas;
- Buscar estratégias para vencer a resistência de uma parcela dos usuários que não querem participar (sabotadores).

Pretendemos acompanhar as ações executadas monitorando a quantidade total de participantes do grupo, a frequência média do grupo, o número de consultas agendadas para os participantes do grupo (seja via ACS ou por meio do acolhimento), monitorar o número de pacientes adequadamente em acompanhamento periódico (segundo protocolo) em relação ao total de pacientes cadastrados e desses quais realmente estão controlados.

## REFERÊNCIAS

- ASSMANN, G.; PAUL, C.; HELMUT, S. Simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary events based on the 10-year follow-up of the prospective cardiovascular Münster (PROCAM) **Study**. *Circulation*. v.10, p. :310-5, 2002
- BRAUNWALD, E.; ZIPES, D. P. B. **Tratado de Doenças Cardiovasculares**. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
- COSTA J.M.B.S. *et al.* Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva** v.16, n. 2, p. 623-633, 2011.
- FARIA, H. P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção primária à saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 67p.
- FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 68p.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=316890>>. Acesso em 28 Mar. 2013
- LIMA S.M.L. *et al.* Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**. v.25, n. 9, p 2001-2011, 2009
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.
- MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: **Oficina 2 – Redes de Atenção a Saúde e Regulação Assistencial. Guia do Participante**. Belo Horizonte: ESPMG, 2011.

MUNIZ L.C. *et al.* Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**. v.46, n.3, p. 534-42, 2012

SAGE. **Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em 8 Abr. 2013.

SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, A. C. D. **Ação centrada na pessoa**. Belo Horizonte: Mimeo, 2013. 7 p.

SARGSUS. **Relatório Anual de Gestão do município Tiros em 2012**. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=31&codTpRel=01>> Acesso em 3 Abr. 2013.

SERRANO JR., C.V.; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E.; Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. **Tratado de cardiologia SOCESP**. 2.ed. São Paulo: SOCESP: Manole, 2009.

SHIMAZAKI, M.E. (Org). A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: **Oficina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do Participante**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte: ESPMG, 2009. 104 p. P. 38-43.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA- SIAB. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>> Acesso em 28 Mar. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva; 2005.